Det röda ögat/sveda och värk: Anamnes och Status

Anamnes: Kontaktlinser? Övr sjd? Hur länge? Fall i närheten? STD? Trauma? Övriga symtom? Kladdigt? Prövad beh? Allergi? Sol/solarium?  Status: Visus, inspektion injektion och sekret, ev odling på sekret, fluorescinfärgning, invertera ögonlock och uteslut främmande kropp, ljusväg







Anamnes: Blodsprängt öga, ingen värk, skaver lite, inget känt trauma, inte kladdigt.  Status: Normalt visus, subkonjunktival blödning som är jämn (inte vidgade blodkärl), inget pus, kornea är utan färgbarhet, ingen ljusväg.

Hyposfagma







Hyposfagma: vårdnivå

VC







Hyposfagma: beh och uppföljning

Vid skav beh med oculentum simplex ett par ggr om dagen i ett par dagar. Ingen uppföljning.







Hyposfagma: akut?

Nej







Anamnes: Börjat i ett öga sedan även det andra, kletigt, konjunktival injektion, ej ljuskänslig, förkylning innan.  Status: Normalt visus (ev suddigt pga pus), rikligt med pus i ögonfraansar, måttlig konjunktival injektion, kornea klar, ingen färgbarhet, ingen ljusväg.

Bakteriell konjunktivit







Bakteriell konjunktivit: vårdnivå

VC







Bakteriell konjunktivit: beh och uppföljning

Kontaktlinsvila (tills läkt + ngra dagar), ögontvätt m ljummet vatten x flera per dag. Ny undersäkning om besvär ej går över, då fucithalmic x 2 tills besvär borta + ngra dagar. I andra hand chloromycetindroppar x 5. Odling vid terapisvikt. Om besvär försvinner, ingen uppföljning.







Bakteriell konjunktivit: akut?

inom ett par dagar







Bakteriell konjunktivit: etiologi

stafylokocker, Haemofilus Influenzae, streptokocker, pneumokocker, Moraxella.







Anamnes: tidigare förkylning, ofta fall i omgivning, börjar i ett öga och sprider sig sen till andra, ej smärta, skav, ej ljuskänslig, endast lite kladd.  Status: normalt visus, aningen pus i fransar, kraftig konjunktival injektion, kornea klar och utan färgbarhet, ingen ljusväg.

Viral konjunktivit







Viral konjunktivit: vårdnivå

VC







Viral konjunktivit: beh och uppföljning

Kontaktlinsvila, skölj ögonen med ljummet vatten. Informera om att det är mkt smittsamt. Ingen uppföljning, pat hör av sig om ej bättre/värre.







Viral konjunktivit: akut?

inom ett par dagar







Viral konjunktivit: etiologi

adenovirus







Viral keratokonjunktivit: vårdnivå

Ögonläkare







Viral keratokonjunktivit: beh och uppföljning

mkt smittsam och pat bör ha egen handduk hemma, ev sjukskrivning om pat arbetar mycket med barn, tårsubstitut mot skav, ögonläkare följer pat tills de korneala infiltraten har läkt ut, kontaktlinsvila OBS!!! Långt förlopp, men god prognos.







Viral keratokonjunktivit: akut?

Inom ett par dagar







Anamnes: antingen bara ögonproblem eller även ÖLI m sänkt AT, kontaktlinser riskfaktor, börjar oftast i ett öga och sprider sig, ej kladdiga men kan rinna, skav, smärta, ljuskänslighet, lätt nedsatt syn,.  Stataus: Lätt nedsatt visus, lätt svullna ögonlock, inget pus, ciliär- eller blandinjektion, kornea med en utsådd av små subepiteliala infiltrat varav några tar färg, ingen ljusväg.

Viral keratokonjunktivit







Viral keratokonjunktivit: etiologi

adenovirus







Klamydiakonjunktivit: beh uppföljning

Anmälningspliktig, STD-mott ansvarar för beh med tetracyklin eller erytromycin. Chloromycetindroppar hämmar endast bakterien.







Klamydiakonjunktivit: vårdnivå

ögonläkare







Klamydiakonjunktivit: akut?

Inom ett par dagar







Anamnes: Envis, ensidig konjunktivit, ibland symtom från urogenitalia, ev fall i omgivningen  Status: Normalt visus, bland- eller konjunktival injektion, muköst sekret, lätt svullna ögonlock, vid evertering syns förstorade folliklar och ilsket rodnad tarsal konjunktiva, mikropannus,

Klamydiakonjunktivit







Allergisk konjunktivit: vårdnivå

VC (ögonspecialist om behov av p.o. steroider)







Allergisk konjunktivit: beh uppföljning

Ögondroppar (natriumkromoglikat eller emedastin), ev i kombo med tabl antihistamin (loratidin=clarityn), ev tllägg nasal steroid (Nasonex).







Allergisk konjunktivit: akut

inom ett par dagar







Anamnes: Klåda (dominerande symtom) i båda ögonen, säsongsberoende, ingen synnedsättning, andra allergiska symtom, ingen ljuskänslighet.  Status: Normalt visus, rodnad hud runt ögon, ökat tårflöde, glasartad konjunktiva kemos, måttlig konjunktival injektion (pink eye), rodnad slemhinna vid evertering, lätt förstorade folliklar

Allergisk konjunktivit







Vernal konjunktivit: vårdnivå

ögonläkare







Vernal konjunktivit: beh uppföljning

Initialt steroiddroppar (följ med tryckmätning), sedan en underhållsbeh med allergidroppar. Uppföljning ngn gång/vecka för att följa kornealsårens läkning. Sedan glesare uppföljning tills besvär avklingar efter ett par år.







Vernal konjunktivit: akut?

inom ett par dagar







Anamnes: Pojke (vanligt m ursprung från medelhavet), säsongsbetingat, skavkänsla, ibland ljuskänslighet, pseudoptos, rinnande ögon  Status: Lätt nedsatt visus, kraftigt förstorade subtarsala papiller syns vid evertering av ögonlock, epifora (ökat tårflöde), inget pus, kornea har ett par ytliga grumlingar centralt och uppåt och tar diffust färg, ingen ljusväg

Vernal konjunktivit







Irit: vårdnivå

Ögonläkare







Irit: beh uppföljning

Steroiddroppar (Isopto-Maxidex) (x 6-18/dag), dilaterande droppar (x2-3/dag), uppföljning varje vecka tills utläkt (ca 2-3 veckor)







Irit: akut?

Ja! Pat måste till ögonläkare fort, inom 1-2 dagar.







Anamnes: Dov värk i öga, ljuskänslighet, synnedsättning, ökat tårflöde, ev symtom på systemsjukdomar.  Status: Lätt nedsatt visus förbättras med stph, kraftig ciliär injektion, klar kornea som ej tar färg, ljusväg, celler i främre kammaren, miotisk pupill, ev synliga synekier efter dilatation

Irit = främre uveit







Episklerit: vårdnivå

ögonläkare







Episklerit: beh uppföljning

Expektans eller svagare steroiddroppar. Ingen uppföljning.







Episklerit: akut?

inom ett par dagar







Anamnes: Dov smärta som är lokaliserad till en del av ögat, ljuskänslighet, ingen synnedsättning, ev symtom på systemsjukdomar.  Status: Normalt visus, inget pus, lokaliserad rodnad, palpationsöm däröver, klar kornea utan färgbarhet, ingen ljusväg, inga celler, normalstor pupill som reagerar normalt för ljus.

Episklerit (inflammation i Tenons kapsel mellan sklera och konjunktiva.







Bakteriell keratit: vårdnivå

ögonläkare







Bakteriell keratit: beh uppföljning

Odling! Två olika antibiotikadroppar som man måste droppa varje timme (även på natten, äldre läggs in). Steroiddroppar insättes efter ett par dagar. Uppföljning inom 1-2 d, därefter glesare.







Bakteriell keratit: akut?

Ja, måste til ögonläkare fort, dvs inom ngt dygn.







Bakteriell keratit: etiologi

s aureus, s epidermidis, streptococcus pneumoniae, pseudomonas aeruginosa, moraxella.







Anamnes: Kontaktlinsbärare, rodnat öga, subakut insjuknande, ljuskänslighet, smärta, kladdigt, måttlig synnedsättning, vill helst hålla ögat stängt, ökat tårflöde.  Status: Lätt synnedsättning, ciliär injektion, lite pus, kornea med ett infiltrat paracentralt som tar färg, kornea i övrigt klar, ljusväg, celler i främre kammaren, inget hypopion (var i främre kammaren).

Bakteriell keratit







Marginalkeratit: vårdnivå

ögonläkare







Marginalkeratit: beh uppföljning

Steroiddroppar, följs så länge infiltrat ser aktivt ut.







Marginalkeratit: akut?

inom ett par dagar







Anamnes: Stark värk, ofta återkommande besvär, rött öga.  Status: Normalt visus, bågformat vitt infiltrat nära i kornea limbus som tar färg, närmast infiltrat injektion (ciliär), inget pus, ev gamla grumlingar, ingen ljusväg.

Marginalkeratit







Herpes simplex-keratit: vårdnivå

ögonläkare







Herpes simplex-keratit: beh uppöljning

Kontaktlinsvila, antiviral salva, ev steroider. Kontroll x1/v tills kornealepitelet läkt.







Herpes simplex-keratit: akut?

Ja, till ögonläkare inom 1-2 dygn







Anamnes: Ett öga drabbat, ont i ögat, rött, rinnande, ljuskänslig. Ev triggats av kontaktlinser, stress, solljus, andra infektioner immunsupprimering.  Status: Lätt nedsatt visus, ciliär injektion, kornea med en färgtagande dendritika, ingen ljusväg.

Herpes simplex-keratit







Herpes zoster ophtalmicus: vårdnivå

ögonläkare vid ögonsymtom







Herpes zoster ophtalmicus: beh uppföljning

Aciklovir 800mgx5 i 10d/valtrex 500 mg 2x3 i 7 d (inom 72 h) + Zovirax ögonsalva. Pat följs ngn gång/vecka tills kornea läkt. Information till pat om postherpetisk smärta.







Herpes zoster ophtalmicus: akut?

ja, inom ett par dagar.







Anamnes: Blåsor på ena sidan i ansiktet, skavkänsla i ögat, ingen synnedsättning  Status: Vätskande blåsor på hud, lätt blandinjektion, kornea med en liten dendritika som tar färg, ingen ljusväg, bakre segment ua.

Herpes zoster ophtalmicus







Fotoelektrisk keratit: vårdnivå

VC







Fotoelektrisk keratit: beh uppföljning

Oculentum simplex (smörjande salva) x flera/d, ingen uppföljning, pat söker om besvär ej gått över på 2 d (då ev en bakteriell keratit på den fotoelektriska).







Fotoelektrisk keratit: akut?

ja, pga smärtan







Anamnes: Varit i sol/solarium, efter några timmar fruktansvärd smärta i båda ögon, främmande kropp-känsla, rikt tårflöde, ljuskänslighet, pat vill helst ha stängda ögon  Status: Efter bedövningsdroppar (tetrakain). Visus nedsatt (pga epitelskada), måttig blandinjektion, klar kornea men vid infärgning ses multipla punktata färgbarheter på kornea, ingen ljusväg.

Fotoelektrisk keratit







Akut glaukom: vårdnivå

ögonläkare







Akut glaukom: beh uppföljning

T Diamox 250 mg x 2, glucerollösning 1 ml/kg, lokal trycksänkning med ögondroppar (timolol+iopidine). Om ej bättre inom 1 h, mannitoldropp/iridotomi. Iridotomi profylaktiskt för att ej få recidiv. Åb inom ngra dagar dör tryckmätning.







Akut glaukom: akut?

Ja! Måste snabbt till ögonläkare







Anamnes: Värk i ögat, illamående, kräkningar, upptrappning under em, kraftigt försämrad syn  Status: nedsatt AT, smärtpåverkad, visus kraftigt nedsatt, ögontryck över 22 mmHg (känns hårt vid palp), stasinjektion, inget pus, kraftigt epitelödem i kornea, disig insyn, ljusväg svårbedömd, halvvid och ljusstel pupill

Akut glaukom







Främmande kropp i konjunktivalsäcken: vårdnivå

VC







Främmande kropp i konjunktivalsäcken: beh/uppfölj

Evertera och torka bort skräp. Om kornea skrapat - oculentum simplex. ingen uppföljning.







Främmande kropp i konjunktivalsäcken: akut?

ja, inom 1-2 d







Anamnes: Plötsligt skav i ett öga, ökad skav/ont. Ont när hen blinkar.  Status: visus normalt, inget pus, vid evertering syns ett litet skräp, lätt injecktion, vid fluoresceinfärgning syns lodräta rispor, ingen ljusväg.

Främmande kropp i konjunktivalsäcken







Främmande kropp i kornea: vårdnivå

VC (ögonläkare om rost kvar)







Främmande kropp i kornea: beh/uppfölj

bedövningsdroppar, peta bort skräp med bommullspinne/främmande kroppsinstrument. Om rost kvar --> ögon. Efterbeh med oculentum simplex 4-5 ggr/d i 5 d. Om risk för infektion: chloromycetinsalva 4-5ggr/d i 5 d. Ingen uppfölj, men pat måste söka om mer problem (risk för keratit)







Främmande kropp i kornea: akut?

Ja, inom 1-2d







Anamnes: Svåra smärtor från ett öga, ljuskänslig på det ögat, blundar, håller ngt för, fått ngt i ögat och smärtan förvärrats successivt, nu outhärdlig.  Status: bedövningsdroppe, visus normalt, vid evertering inget, måttlig injektion ffa nära en fläck på kornea, inget pus, ingen ljusväg.

Främmande kropp i kornea







Kornealerosion: vårdnivå

vc







Kornealerosion: beh/uppf

oculentum simplex x5 tills symptom borta + ytterligare några dagar. Eventuellt chloromycetinsalva (kontaktlinsbärare: + oftaquix). Inga bedövningsdroppar med patienten hem. ingen uppf om ej försämring (ev keratit utvecklad)







Kornealerosion: akut?

ja, pga smärta







Anamnes: Fått ngt i ögat (gren, spade, nagel), sveda-->ordentlig smärta.  Status: Lokalbedövn.droppe, visus kan vara nedsatt, måttligt injicerad buld, kornea är kar med en erosion centralt som tar färg, i kanter lite löst epitel, ingen ljusväg.

Kornealerosion







Torra ögon: vårdnivå

vc







Torra ögon: beh/uppf

tårsubstitut, gärna gel morgon och kväll + droppar x flera dagtid. Ingen uppföljning







Torra ögon: akut?

nej







Anamnes: Sveda och skav i ögon sedan lång tid, normal syn, ej röda ögon.  Status: visus normalt, ingen injektion, kornea klar, punktata färgbarheter i nedre delen av kornea, ingen ljusväg.

Torra ögon







Vagel: vårdnivå

VC







Vagel: beh/uppf

expektans. Om stor och besvärlig kan man ge fucithalmic eller terracortril med polymyxin B x2.







Vagel: akut?

nej







Anamnes: Knäl på ögonlock som ömmar vid tryck och är kosmetiskt störande.  Status: visus normalt, ömmande resistens, blek bulb, inget pus, kornea klar.

Vagel (hordeolum)







Blefarit: vårdnivå

vc







Blefarit: beh/uppf

Information till pat (bakterier utsöndrar toxiner --> kemisk konjunktivit) och råd om att få bakterierna att inte trivas genom baddning, skrubbning och massering av ögonlocksränder morgon och kväll. Om kladdigt öga chloromycetinsalva x 2. Beh 2-3 v och man bör inte sluta innan dess pga recidivrisk. Svårläkt beh med tetracyklin po. Ingen uppföljning







Blefarit: akut?

nej







Anamnes: sveda och klåda i ögon, ögon röda och irriterade, lite sekret på morgonen  Status: normalt visus, rodnade och förtjockade ögonlockskanter, ite torkat pus i fransar, lät injicerad bulb, kornea klar, möjligen små punktata färgbarheter i nedre delen av kornea, ingen ljusväg.

Blefarit







Dakrocystit: vårdnivå

ögonläkare







Dakrocystit: beh/uppf

Antibiotika tex heracillin + ev fucithalmic, ev incision för att dränera. åb hos ögonläkaren och ev kirurgisk åtg med tårvägsop.







Dakrocystit: akut?

inom ett par dagar







Anamnes: svullnad i mediala ögonvrån sedan ett par dagar, tårar rinner över och öm över svullnaden.  Status: visus normalt, rodnad ömmande resistens i mediala ögonvrån, kraftigt palpöm, lite pus kommer ut ur nedre punktum, blek bulb, ökad tårmenisk, kornea klar, ingen ljusväg.

Dakrocystit







Pinguecula: vårdnivå

vc







Pinguecula: beh/uppf

ingen, oculentum simplex vid skav. Förklara att det är en gulaktig förändring pga degeneration av kollagen, men ofarligt, ökar av solexponering.







Pinguecula: akut?

nej







Anamnes: skavkänsla i öga, noterat gulaktig förändring på det vita, ibland blir ögat rött där.  Status: Normalt visus, nasalt på bulb ses ett gulaktigt upphöjt område ett par mm stort, inget pus, klar kornea.

Pinguecula







Pterygium: vårdnivå

vc så länge pterygiet inte stör synen eller är väldigt besvärande.







Pterygium: beh/uppf

symtomatisk (tårsubstitut ex), ev op







Pterygium: akut?

nej







Anamnes: Ngt på vitan, ev viss synpåv.  Status: Visus normal eller påv, konjunktiva växer in över kornea..

Pterygium







Kemisk ögonskada: vårdnivå

beroende på ögonskadans svårighetsgrad, ring och diskutera med ögonläkare.







Kemisk ögonskada: beh/åtg

gärna en droppe bedövning, spola med ljummet vatten minst 15 min, rensa rent i konjunktivalfornix med bommulspinnar.  Övr beh beroende av svårighetsgrad: Chloromycetinsalva x 4-5. Ev steroiddroppar och dilaterande droppar mot iritretning (ögonklin) endast första veckan. I specialfall askorbinsyra eller tetracykliner.







Kemisk ögonskada: akut?

Ja!







Kemisk ögonskada: grader för skada och prognos

Skada: I: klar kornea, ingen stromal opacitet, ingen limbal ischemi (ingen förlust av stamceller) = epitel delvis bortfrätt. II: Stromalt dis, synliga irisdetaljer, partiell limbisk ischemi (<1/3) = epitel helt/delvis bortfrätt III: stromalt dis som skymmer irisdetaljer, ischemi i 1/3-1/2 av limbus, lite konjunktivalt epitel kvar och vaskulariserat=epitel nästan helt bortfrätt (ökad risk för konjunktivalisering av kornea) IV: stromal opacitet, ischemi i mer än 1/2 av limbus, ischemisk nekros runt kornea.  Prognos (grad av limbal ischemi). <1/3: god 1/3-1/2: halvbra >1/2: dålig







Anamnes: Pat ringer och har fått lösningsmedel i öga, svår smärta.  Status: visus nedsatt, kraftig injektion, kornea klar eller disig, vitt eller vaskulariserat i lumbus, vit eller rodnad slemhinna/konjunktiva.

Kemisk ögonskada (obs skölj innan status)







Myopi=?

Närsynthet, pga ögat är för stort eller långt och bild bryts framför näthinna. Ser dock bra på nära håll. Korrigeras med -glas







hyperopi=?

Översynthet, litet öga eller kort, bild faller bakom näthinna och ger suddig bild på nära håll och vid kraftig hyperopi även långt håll.







Presbyopi=?

Åldersyntet, pga stelnad lins och svårare att ackomodera, ger suddig bild på nära håll.







Astigmatism=?

Ögat bryter ljusstrålarna oregelbunted. Oftast samtidigt som hyperopi eller myopi. Kan uppkomma efter skador på kornea.







Visusundersökning=?

Undersökning med tavla, ett öga i taget.







Refraktionsundersökning=?

Undersökning med tavla, ett öga i taget, med provglaslåda. Börja utan glas. Om ok för 1,0 prova +1. Gå uppåt om bättre tills det blir sämre. Gå nedåt om suddigt. Avsluta med plus ett-test och se att syn sjunker till hälften. Om ej ok för 1,0 med +1, pröva med minusglas.  För både + och -, om pat inte kommer upp i 1,0 synskärpa, pröva om astigmatism föreligger. Pröva med negativt cylinderglas.







Keratokonus=?

Toppig hornhinna (debut med ögande myopi och oregelbunden astigmatism)







Glaskroppsavlossning: vårdnivå

Ögonläkare







Glaskroppsavlossning: beh/uppf

Ingen, men noggrann amotioinformation.







Glaskroppsavlossning: akut?

ja, inom ngt dygn







Anamnes: Flygande saker framför ögonen, irriterande, ev blixtar.  Status: Visus normalt, blekt öga, kornea klar, ingen ljusväg, lins klar, grumlingar i glaskroppen, papill och makula ua, retina ligger på plats, ingen ruptur.

Glaskroppsavlossning







Amotio: vårdnivå

ögonläkare







Amotio: beh/uppf

op och uppföljning hos ögonläkaren.







Amotio: Akut?

Ja, måste snabbt till ögonläkare







Anamnes: Har sett flugor, myop, blixtar, mörk skugga.  Status: Visus oftast normal, bulb blek, kornea klar, ingen ljusväg, lins ua, i glaskropp syns grumlingar, papill och makula ua, retina avlossad och hästsko ruptur.

Amotio







Katarakt: vårdnivå

ögonläkare







Katarakt: beh/uppf

op







Katarakt: akut?

nej







Anamnes: Successiv synförsämring på båda ögon, svårt med bilkörning i mörker, haft läsglasögon.  Status: Nedsatt visus, bättre med stph. Grumlig lins, nedsatt röd reflex.

Katarakt







Glaukom: vårdnivå

ögonläkare







Glaukom: beh/uppf

Sänk ögontryck med trycksänkande ögondroppar, ev laserbeh av kammarvinkeln eller op. Följs av ögonläkare.







Glaukom: akut?

nej







Anamnes: Försämrad syn  Status: normalt visus, bulb blek, kornea klar, kammare grund, pupill rund, papill med vid exkavation (C/D kvot >0,3), makula och retina ua.

Glaukom







Makuladegeneration: vårdnivå

ögonläkare







Makuladegeneration: beh/uppf

Torr: ingen beh, ingen uppf (långsam)  Våt: Kärltillväxthämmande medel inj, följs regelbundet ev remittering för utprovning av hjälpmedel.







Makuladegeneration: akut?

Torr: nej Våt: lite mer







Anamnes: Succesivt försämrad syn, svårt att känna igen ansikten, men känner igen kläder, svårt med främmande miljöer  Status: Nedsatt visus, ej bättre med stph, hårda/mjuka exsudat vid makula

Makuladegeneration, torr eller våt.







Bakre uveit: vårdnivå

ögonläkare







Bakre uveit: beh/uppf

Po steroid alt inj subkonjunktivalt eller intravitrealt.







Bakre uveit: akut?

inom ngn vecka







Anamnes: Inom några veckor fått sämre syn och har fläckar som rör sig i synfältet, ev utredning för sarkoidos.  Status: Nedsatt visus, blek bulber, klar kornea, ingen ljusväg, klar lins, grumlingar i glaskropp, celler i glaskropp, papill ua, suspekt ödem i makula.

Bakre uveit







Centralvenstrombos: vårdnivå

ögonläkare







Centralvenstrombos: beh/uppf

ev kärlhämmande, inget vedertaget. Följs av ögonklin.







Centralvenstrombos: akut?

ja, för att utesluta andra diagnoser







Anamnes: Plötslig synnedsättning som förvärras fort. Ev diabetes, hjärt- kärlsjd.. Ingen värk eller irritation.  Status: Kraftigt nedsatt visus, blek buld, klar kornea, ingen ljusväg, lins klar, glaskropp klar, ögonbotten har rikligt med blödningar i alla kvadranter, bommullsexsudat, papillödem, retina ligger an.

Centralvenstrombos







Grenvenstrombos: vårdnivå

ögonläkare







Grenvenstrombos: beh/uppf

ev laserbeh, kärltillväxthämmande LM. Följs på ögonklin.







Grenvenstrombos: akut?

Ja, för att utesluta annat.







Anamnes: Plötslig synnedsätting i en del av synfältet. Ev diabetes, hjärt- kärlsjuka.  Status: Nedsatt visus, bulb blek, kornea klar, papill ua, i en del av ögonbotten syns blödningar samt ödem, retina ligger an.

Grenvenstrombos







Temporalisarterit: vårdnivå

Medicinakuten/rheuma, men starta behandling så snart som möjligt i samråd med medicinklin.







Temporalisarterit: beh/uppf

högdos steroider (ex prednisolon 1 mg/kg), uppföljning via ögonklin och rheuma.







Temporalisarterit: akut?

ja!







Anamnes: Plötslig synnedsättning ett öga, tidigare värk i kroppen och viktnedgång.  Status: Palpöm över tinning, öga: bulb blek, kornea klar, papill blek och svullen, övriga retina ua.

Temporalisarterit (Arteritisk AION, central/grenartäremboli, centrl/grenvenstrombos, amaurosis fugax, ögonmuskelpareser)

See More

När får man anisokori? 1. oculomotoriuspares (nedsatt ögonmuskelfxn, ptos)

2. traumatisk mydriasis (kirurgi/traumaanamnes)

3. farmakologiskt (droppar, växter)



Vad görs ett uncovertest för? För att upptäcka en latent skelning (fori), där man täcker för ett öga men när man uncover det så hoppar ögat till "rätt" plats.



Hur mkt ska en 4-åring se? ska se 0.8-1.0 Bra att kontrollera barnet igen 1-2 v (kanske varit trött), om samma resultat ska anisometropin behandlas för att den kommer förvärras!



När är en oculomotoriuspares akut? När det finns pupillpåverkan! Efferent pupilldefekt = stor och ljusstel pupill. Akut utredning (aneurysm/tumör) Ct angio.



Vad ska man ha i åtanke vid AION? Glöm ej bort TA!! Ömmande vid palpation, tuggclaudicatio, ta SR och CRP, starta steroidbeh. omedelbart för att rädda det andra ögat!!



Synkapacitet hos barn:

Nyfödda?

2-åringar?

4-åringar?

När är den känsliga perioden? Nyfödda ser ca 0,03 och fixerar monokulärt.

2år ser ca 0,2-0,4

4 åringar ca 0,8-1,0

Critical period synutveckling upp till 8-10 åå. Allt som stör att det blir skarpa bilder väljer hjärnan bort = amblyopi!



Orsaker till amblyopi? Stimulus deprivation (katarakt, ptos, heamangiom)

Anisometropi (olika brytning = suddig bild på ett öga = glasögon!

Ammetropi (stora brytningsfel på båda, glasögon!)

Skelning (dubbelbild = konfusion = ena ögat trycks bort) Alla barn 6-12 mån med misstänkta skelningar ska remitteras



När ska barn remitteras (vid vilken visusnedsättning)? 4-årskontrollen om visus <0,65 = remiss

6 årskontrollen om visus <1,0 = remiss



Symtom vid retinoblastom? Vit pupill! även skelning, glaukom.

Debuterar oftast 2 åå eller tidigare.



m orbicularis oculi innerveras av? n. facialis! = ptos vid facialispares



Tårfilmens lager och var lagren bildas? ytterst = fett = förhindrar avdunstning, meiboms körtlar

Tårvätska = salter, protein, från tårkörtel

Mucin = vätmedel, klistrar fast vid ögat, bildas från bägarceller i konjunktiva.



Tårfilmens uppgift? 1. optiskt slät yta (från luft -> tårvätska = stor ljusbrytning!)

2. minskad friktion (blinkning)

3. infektionsskydd (innehåller ak/väteperoxid)



Två test för att testa tårfunktion? Schirmers test: Testar tårvägar/tårproduktion. Ska ha >10 mm på 5 min.

BUT (break up time) = hur lång tid innan det bildas torra fläckar

Färgning med rose bengale = sicca, färgar döda celler



Vilken typ av hinder ger dacryocystit? Låga hiner (kanalikelsaccus, eller saccus i näsan) eftersom det blir en återvändsgränd. Höga hinder ger ej detta: rinner ner!



Behandling dacryocystit? Akut: incision + drän och antibiotika (heracillin)

Senare: slangar? dacryocytsorhinostomi



Vad har n. facialis för funktion kring ögat/ansiktet? Stänga ögat + mimik!



vad har n. oculomotorius för funktion kring ögat/ansiktet? Öppnar ögat! (m levator palpebrae och i mindre utsträckning Mullers muskel)



Ögats körtlar? Meiboms: stora och långa som går på djupet

Zeiss: små på kanten.



Ektropion? nedre ögonlock rullas ut, leder till uttorkning och infektion. Orsaker: senilt, paralytiskt, cirkatriskt (ärr)

Beh: kirurgiskt



Entropion Ögonlock rullas inåt. Senilt = aponeuros som fäster i tarsalplattan blir tunn och slapp, cilia mot kornea = smärta + risk för keratit. Måste åtgärdas fort, tejpas i väntan på op +



Trichiasis Felriktade cilier. kan bero på kronisk inflammation/blefarit/chlamydiainf.



Blefarit, två typer Skvamös/kronisk = fjällande ögonlockskant, eliminera utlösande faktorer (hyperopi, presbyopi), rengöring, våtvarma kompresser, smörjande salva i ögonlocket.

Ulcerös/subakut = skov, mer purulent, även vaglar, infektiös (ska ha ab-salva Fucithalmic)

OBS! Samtidig hudsjukdom?? Rosacea, atopisk dermatit?



Vagel/Hordeolum typer och behandling?

Chalazion - behandling? Internum=Mullers körtel, större pjäs.

Externum = zeiss talgkörtel, sitter i ögonlockskanten.

Behandling: akut - kräver oftast ej behandling (men om man vill: ab)

Chalazion = resttillstånd efter hordeolum, inga infl. tecken! Expektans om ej så stora, kirurgi om stora och kosmetiskt störande!



Vad hänger accomodativ inåtskelning ihop med för refraktionsfel? Åtgärd? Hyperopi = översynthet. Stor risk för amblyopi på det esotropa ögat.

Glasögon med stort + tillägg, lappbeh.



Vad gör man åt intermittent exotropi? Ev glasögon, ska ha remiss till ögon, brukar ej vara förknippat med brytningsfel och ej förknippat med amblyopi. Ej aktuellt med lapp/glasbehandling men konvergensträning kan vara bra (stärka r. medialis!)



Orsaker bakom exopthalmus? Antingen endokrin eller tumör. Utreds med MR helst + thyroideaprover!



Varför förlorar diabetiker synen? proliferation, blödning i glaskropp, näthinneavlossning, svullnad i makula pga makulopati.



Tänkbara orsaker för Horners syndrom? Sympaticuspåverkan! Carotisaneurysm, dissketion, lung ca apikalt = ska utredas pga allvarliga orsaker!



Keratokonus symtom? Myopisering, astigmatism, bytt glasögon ofta.

Behandlas med crosslinking CXL, görs gärna så tidigt som möjligt!



Vad ska man tänka på om man ser en cherry red spot?? Syns i makula, oftast även blek och blodfattig retina. Cherry redspot = artärocklusion centralt. Kan vara TA!!! palpera a. temporalis + SR + CRP!



Hur ser papillen ut vid glaukom? Andra viktiga undersökningar förutom papillen? När får man ej ge B-block för glaukom?? Stor exkavation, nasalerade kärl, tunn kant = lite nervfibrer.Kolla synfält och tryck!!

EJ VID ASTMA, EJ VID AVBLOCK!



Retinitis pigmentosa? Nedsatt syn hos unga, dåligt mörkerseende (perifer spindelliknande pigmenteringar), inskränkt synfält. Finns ingen behandling.



Symtom vid grenvensocklusion? Plötsligt bortfall av del av synfältet på ena ögat. Komplikationsrisker makulaödem, neovaskularisering, riskgrupper är diabetiker och hypertoniker. Behandling av grundsjukdom, alt anti-VEGF eller laserbehandling.



Hur ser en centralvenstrombos ut? explosion "thunder", alla fyra kvadranter har stringblödningar och exudat. Orsaker: diabetes, hypertension. Följs upp visus och tryck, risk för neovaskularisering. Blodförtunnande har ej effekt på trombosen!!! Laserbeh eller kortison mot svullnad.



Vad är det viktigaste att testa vid misstanke om ammotio? Visus!! Är makula på plats eller ej? Om makula har lossnat är det mindre brottom eftersom tillståndet ej går att förbättra.

Rött öga. Dov värk i ena ögat sedan ett par dagar, ljuskänslig, inget pus men ögat rinner. Miotisk pupill. Ljusväg. Kan vara associerat med sarkoidos, inflammatorisk tarmsjukdom och ankyloserande spondylit. Irit

Isopto- Maxidex+ dilaterande droppar ex Cyklogyl



Rodnad och dov smärta i en sektor av ögat tex nasalt. Ljuskänslighet, normalt visus, ingen ljusväg. Episklerit.

Exspektans eller svagare steroiddroppar tex vexol i nedtrappning under ett par dagar.



Subakut insjuknande med ljuskänslighet, ont, rött och ibland kladdande öga samt ibland måttlig synnedsättning. På hornhinnan ser man en vit fläck, ett infiltrat. Ciliär injektion. Bakteriell keratit.

Behandling varierar. Vid allvarlig keratit ger man två olika antibiotikadroppar tex oftaquix samt zinacef x 24 som sedan trappas ned.



Värk och ilsket rött öga med bågformat vitt infiltrat inom 1 mm från limbus, ev ljuskänslig. Normalt visus. Marginalkeratit.

Maxidex i nedtrappning eller vexol.



Synförsämring på ena ögat sedan ett par dagar, ser som genom en plastfilm. Smärta vid ögonrörelser. Ev. heriditet för MS. Positiv RAPD. Nedsatt färgsinne. Opticusneurit.

Expektans vid lättare synnedsättning eftersom tillståndet i de flesta fall självläker. Vid djup synnedsättning kan neurologen överväga iv kortison. Patienten bör utredas för MS.



En 49-årig tidigare frisk man söker för att han för tre dagar sedan plötsligt såg "flugor" i höger ögas synfält. Igår kväll upplevde han även ett blixtrande ljussken åt vänster. I morse när han vaknade såg han ingenting på ögat och det har hittills inte klarnat. Glaskroppsblödning. Beror oftast antingen på diabetesretinopati eller på retinal ruptur.

Behandling: laser efter att det har klarnat lite alternativt vitrektomi med samtidig laserbehandling av rupturen.



Lätt till måttligt nedsatt visus, ev upplevelse av blinda fläckar i synfältet. Svårbehandlat högt blodtryck. Makulaödem, rikligt med hårda och mjuka exsudat i bägge ögon. Hypertensiv retinopati.

Behandling: sänka blodtrycket.



Man med hypertension, diabetes och hyperlipidemi. Plötslig ensidig synnedsättning som varierar från lätt till allvarlig. Ingen värk. Färgsinne försämrat i lika hög grad som synnedsättningen, dvs stor färgsinneförsämring med stor synnedsättning. Papillen är diffus eller med en sektoriell svullnad som kan omges av små strimblödningar. Med tiden försvinner svullnaden och papillen blir blek och atrofisk. Positiv RAPD. Anterior ischemisk optikusneuropati (AION).

Det finns tyvärr ingen behandling men eventuella orsaker eller riskfaktorer ska behandlas.



En vital 70-årig kvinna söker då hon vid upprepade tillfällen upplevt övergående synbortfall på höger öga. Synen kan försvinna plötsligt, precis som om en rullgardin dras ner, för att sedan komma tillbaka efter ett par minuter. Ingen smärta. Normalt ögonstatus. Amaurosis fugax. Identifiera och behandla om möjligt orsakerna. Skriv en remiss för hjärtkärlutredning.



En 55-årig kvinna med diabetes söker nu för att hon sen i morse ser dubbelt då hon tittar åt höger. När hon tittar åt vänster försvinner däremot dubbelbilderna helt. Hon har också lätt värk runt höger öga. Visus är normalt. Inget dubbelseende åt något annat håll. Ingen Ptos. Normala pupillreaktioner. Abducenspares. Vid mikrovaskulär orsak går de allra flesta i spontan regress inom ett par månader. Om dubbelseendet är besvärande kan man under tiden sätta på ett sk. Fresnellprisma på glasögat alternativt täcka det paretiska ögat med sjörövarlapp.



En 50-årig man söker på grund av att han vaknat med huvudvärk. Total ptos på vä sida. Vänster öga skelar utåt och pupillen är stor och reagerar inte på ljus. Ögonmotorik: dubbelseende i alla riktningar utom nedåt vänster. Okulomotoriuspares.

Akut remiss till neurolog om paresen är komplett (involverar pupillen som i detta fall) för utredning med MRT för att utesluta aneurysm.

Akut remiss till ögonläkare vid inkomplett pares.



Värk från ena ögat samt illamående och kräkningar. Kraftigt nedsatt visus på det drabbade ögat. Inget pus. Halvvid ljusstel pupill. Disig hornhinna. Akut glaukom.

Diamox, glycerollösning, trycksänkning med ögondroppar; timolol och iopidine.



Succesivt ökande myopi. Suddig syn, bländningsbesvär, ev monokulärt dubbelseende. Katarakt (gråstarr).

Operation. Suger ut linsen och stoppar in en intraokulär plastlins.



Långsamt progredierande synnervsskada bilateralt, ofta i kombination med högt tryck och progredierande synfältsdefekter som börjar perifert. Glaukom (grön starr).

Sänkning av ögontrycket med hjälp av ögondroppar. Ev laser.

OBS! Fyll i denna kod på samtliga sidor ®

KOD:

Institutionen för klinisk neurovetenskap, K8

Sektionen för psykiatri, Sektionen för beroendeforskning,

Sektionen för neurologi, Sektionen för ögon & syn,

Sektionen för öron, näsa, hals & hörsel

Tentamen

Kurs: ”Neuro, sinnen, psyke” vt -09

Ögon

Maxpoäng: 20

OBS! Fyll i Din kod här ®

Tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, vt -09 (2009-05-04) 2 (5)

KOD:

1.

Curt 45 år är IT-konsult, tidigare frisk och har aldrig haft glasögon. Nu börjar han få

spänningshuvudvärk framförallt när han suttit en längre tid framför datorn. Det är också

svårt att växla mellan att läsa tidningen och titta på TV. Han misstänker själv att han måste

skaffa läsglasögon.

1a.

Vad kallas detta tillstånd och vad är orsaken bakom?

1p

Presbyopi. Linsens ackomodationskraft nedsätts med stigande ålder

1b.

Curts chef, 65 år som har glasögon sedan tonåren kan däremot ta av sig glasögonen för att

och se och läsa på nära håll. Vilken typ av refraktionsfel har chefen troligen?

1p

Myopi 2-3 Dpt

2.

Linus 11 år söker på vårdcentralen p.g.a. klåda i ögonen och ljuskänslighet sedan några

veckor. Vanliga allergidroppar har ej hjälpt nämnvärt. Linus är märkbart besvärad av ljuset,

han sitter och kisar men ser bra på syntavlan, 1.0 höger och vänster öga. Han hade liknande

besvär förra året som avklingade utan behandling. När du everterar hans ögonlock ser du en

påtagligt knottrig slemhinna på insidan av ögonlocken. Du fluoresceinfärgar och ser en

mängd punktata färgbarheter på corneas yta.

2a.

Vad kallas detta tillstånd och vad är orsaken bakom?

1p

Vernal (keratoconjunctivit) conjunctivit

2b.

Vilken/vilka blir din /-a åtgärd /-er nu?

1p

Remiss till ögonklinik, där allergidroppar och ev kur med lokal steroidbehandling

OBS! Fyll i Din kod här ®

Tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, vt -09 (2009-05-04) 3 (5)

KOD:

3.

Jonas studerande på läkarlinjen termin 8 har spelat innebandymatch mot Handels och fått

en hög klubba med kraft mot höger öga. Han har värk och ser suddigt och kommer till dig

som vikarierar på vårdcentralen och sitter på kvällsjouren.

3a.

Hur undersöker du Jonas?

2p

Visus, undersökning i mikroskop om möjligt, palp tryck, kontroll motilitet, hudsensibilitet,

cornea, fluoroscinförgning, pupillutseende, pupillreaktion, röd reflex från ögonbotten?

3b.

Jonas iris på höger sida ses suddigt och han har en nivå brunröd vätska, troligen blod i

främre kammaren. Vad kallas detta tillstånd och vad kan det ge upphov till?

1p

Hyphema – kan ge upphov till blodinfärgning av lins och cornea.

4.

Gabriella, 41 år, jur kand går på fertilitetsutredning. Man hittar höga prolaktinvärden och

har skrivit en remiss för MR hjärna som blev uppskjuten. Hon kommer nu på remiss till

ögonkliniken där du sitter som vikarierande underläkare. Du misstänker att detta kan röra

sig om ett hypofysadenom. Synen är lätt nedsatt till 0.8 höger och vänster.

4a.

Vilken undersökning förutom synfältsundersökning vill du göra primärt?

1p

ögonbottenundersökning med papillstatus

4b.

Vilken typ av synfältdefekt ser man ofta vid hypofystumörer? Rita gärna.

2p

Bitemporal övre kvadrantanopsi

OBS! Fyll i Din kod här ®

Tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, vt -09 (2009-05-04) 4 (5)

KOD:

5.

79 årig kvinna med dåligt reglerad hypertoni söker akut på distriktsläkarmottagningen

p.g.a. att det svartnade för höger öga några sekunder under söndagsförmiddagen men synen

kom tillbaka. Idag måndag har hon haft en liknande episod med dimsyn. Hon har senaste

sex veckorna också känt sig trött, och har haft ont i skuldrorna och när hon tuggar.

5a.

Ge två olika diagnosförslag.

1p

central retinalartär ocklusion/emboli, AION,PION, amaurosis fugax

5b.

Vilken behandlingsbar sjukdom måste uteslutas?

1p

Temporalisarterit, Giant cell arteritis, jättecellsarterit

5c.

Om det rör sig om den behandlingsbara sjukdomen i fråga 5b – vilken handläggning och

behandling utför du nu?

2p

Högdos steroider helst iv, remiss till medicinklinik/reumatologen

6.

Du vikarierar som distriktsläkare i Norrtälje en sommar dit det kommer en familj med en

treårig flicka som lekt på stranden med lillebror ett år som kastade en plastspade mot

ansiktet på storasyster. Sedan dess vägrar hon att öppna ögonen, har gråtit och föräldrarna

har ej lyckats få se det ”skadade” ögat.

6a.

Beskriv kortfattat hur du försöker undersöka flickan.

2p

Om hon ej öppnar ögat självmant, försiktigt sära på ögonlocken, inspektera ev droppar

bedövning ev med fluoroscein, inspektera bulb, cornea, pupill. främre kammare, palpera

trycket

OBS! Fyll i Din kod här ®

Tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, vt -09 (2009-05-04) 5 (5)

KOD:

6b.

Du misstänker att det finns sand i ögat. Hur gör du nu?

1p

Evertera

Spola

Ev beh salva

6c.

När finns anledning att remittera vidare till ögonklinik?

1p

Om jag ej kan få en rimlig uppfattning om status, vid misstanke om djupt cornealsår,

perforation, vid hyfema, oregelbunden pupill

7.

Kvinna, 78 år, som har dåligt reglerad diabetes typ I och söker på vårdcentralen med

plötslig synnedsättning på höger öga. Hon har laserbehandlats p.g.a. diabetesretinopati flera

omgångar. Det aktuella började med att hon såg en del svarta prickar, som bara blev fler,

sedan kom det slöjor och sedan blev allt det mörkt framför höger öga.

7a.

Vilken är den troliga orsaken till synnedsättningen?

1p

Glaskroppsblödning, (ev näthinneavlossning, ev vaskulär lesion- mindre troligt)

7b.

Du har ögonkursen i färskt minne och tar fram oftalmoskopet men har svårt att se papillen

p.g.a. skyiga grumlingar framför. Vad gör du nu?

1p

Akut remiss till ögonklinik för ultraljudsundersökning med frågeställning

näthinneavlossning?

OBS! Fyll i denna kod på samtliga sidor ®

KOD:

Institutionen för klinisk neurovetenskap, K8

Sektionen för psykiatri, Sektionen för beroendeforskning,

Sektionen för neurologi, Sektionen för ögon & syn,

Sektionen för öron, näsa, hals & hörsel

Tentamen

Kurs: ”Neuro, sinnen, psyke” vt - 08

Ögon

Maxpoäng: 24

OBS! Fyll i Din kod här ®

Integrerad tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, vt -08 2 (8)

KOD:

1.

Elsa Andersson, 78 år, söker på din vårdcentral med symtom som förefaller vara orsakade

av ett akut trångvinkelglaukom.

1a.

Vilka symtom tror du att hon uppvisar?

2p

1b.

Vilka oftalmologiska fynd tror du att hon uppvisar?

2p

OBS! Fyll i Din kod här ®

Integrerad tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, vt -08 3 (8)

KOD:

2.

En 58-årig kvinna sökte dig för fyra dagar sedan på Vårdcentralen. Hon hade då symtom

som du tolkade som en glaskroppsavlossning på sitt högra öga. Eftersom du blivit ganska

duktig på att oftalmoskopera under ögonkursen gjorde du en noggrann undersökning av

hennes ögonbotten. Hon söker nu igen med samma men mer påtagliga symtom från det

högra ögat. Hon har dessutom noterat en skugga i synfältet temporalt i detta öga.

2a.

Vilken diagnos misstänker du nu?

2p

2b.

Du vill nu remittera och transportera patienten till ögonkliniken – hur skall detta göras?

1p

2c.

Vilken är prognosen för bibehållen synskärpa hos en patient med denna diagnos och vilket

oftalmologiskt fynd avgör denna prognos?

1p

OBS! Fyll i Din kod här ®

Integrerad tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, vt -08 4 (8)

KOD:

3.

Du träffar fru Alma Hansson, 92 år, när du går rond på det äldreboende som hör till ditt

distrikt. Personalen på äldreboendet berättar att fru Hansson har de mest fantastiska ögon då

hon aldrig ägt ett par glasögon och läser tidningen varje morgon utan problem.

3a.

Hur är detta möjligt att man vid 92 års ålder ser bra på nära håll helt utan glasögon?

1p

3b.

Vad kallas tillståndet som normalt uppträder med en försämrad syn på nära håll med

stigande ålder?

1p

3c.

Fru Hansson man, Herbert, på samma äldreboende har heller aldrig haft några glasögon

för avstånd. Han opererades för katarakt för ett par månader sedan, men man lyckades inte

stoppa in en intraokulärlins vid operationen. Vilken/vilka möjligheter har man då att

korrigera synen på herr Hansson. Han ser mycket dåligt på sitt andra öga (det ickeopererade)

sedan en propp där för många år sedan.

1p

OBS! Fyll i Din kod här ®

Integrerad tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, vt -08 5 (8)

KOD:

4.

Pelle, 4 år, kommer med sin pappa till den vårdcentral där du arbetar, p.g.a. att Pelle haft

kladdiga, röda ögon sedan ett par dagar. Han har också varit förkyld i ca en vecka. Du

misstänker en bakteriell konjunktivit men blir osäker.

4a.

Vilka undersökningar är lämpliga att genomföra på Pelle på din vårdcentral?

2p

4b.

Dina fynd vid undersökningen styrker din misstanke om att det är en bakteriell konjunktivit

som Pelle har. Vilken behandling ger du nu? Föreslå eventuell drog med lämplig dosering.

2p

OBS! Fyll i Din kod här ®

Integrerad tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, vt -08 6 (8)

KOD:

5.

En 22-årig man kommer akut till din mottagning då han fått någon form av lösningsmedel

mot ögat. Han gjorde rent inför en ommålning när plötsligt den burk med rengöringsmedel

han hade på stegen ovanför sig ramlade ner och han fick det mot ögonen. Han har nu

våldsamt ont i ögonen och har svårt att svara på frågor p.g.a. smärtan varför du får det mesta

av anamnesen från den medföljande kamraten.

5a.

Vilka åtgärder vidtar du nu?

2p

5b.

När du undersöker ögat ser det ganska blekt ut men cornea har ett snarast opakt utseende.

Hur tolkar du dessa fynd?

1p

5c.

Förutom den corneala smärtan har denna patient en dov värk från ögat som inte släpper

trots dina försök till smärtlindring. Vad kan den djupa smärtan bero på?

1p

OBS! Fyll i Din kod här ®

Integrerad tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, vt -08 7 (8)

KOD:

6.

En 23-årig kvinna söker dig pga besvär från höger öga. Hon har varit förkyld i en vecka och

har de senaste dagarna haft feber och fått mer och mer smärta från den mediala ögonvrån i

höger öga. Tårarna rinner ner på kinden, ögat är lite kladdigt och hon uppvisar en svullnad i

den mediala ögonvrån som är extremt palpationsöm.

6a.

Vilken är den troliga diagnosen?

2p

6b. Vilken blir den troliga behandlingen för denna kvinna? 1p

OBS! Fyll i Din kod här ®

Integrerad tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, vt -08 8 (8)

KOD:

7.

Du undersöker en patient med en misstänkt högersidig opticusneurit på din mottagning och

använder bl.a. testen ”swinging flashlight”. Denna test innebär ju att man omväxlande lyser

på höger och vänster öga för att se pupillreaktionerna. Du gör detta ett par gånger och

noterar då följande. Vilket/vilka av följande påståenden kan vara sant/sanna om diagnosen

är korrekt. Kryssmarkera ditt/dina svar.

Ditt/dina

rätta svar

(X)

Kliniskt fynd:

När du flyttar lampan från det vänstra till det högra ögat:

kontraheras den högra pupillen men den vänstra förblir orörlig.

sker ingen reaktion i den högra pupillen men den vänstra drar ihop sig.

kontraheras bägge pupillerna snabbt och symmetriskt.

förblir bägge pupillerna orörliga.

dilateras bägge pupillerna.

2p

OBS! Fyll i denna kod på samtliga sidor ®

KOD:

Institutionen för klinisk neurovetenskap, K8

Sektionen för psykiatri, Sektionen för beroendeforskning,

Sektionen för neurologi, Sektionen för ögon & syn,

Sektionen för öron, näsa, hals & hörsel

Tentamen

Kurs: ”Neuro, sinnen, psyke” ht -08

Ögon

Maxpoäng: 20

OBS! Fyll i Din kod här ®

Gemensam tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, ht -08 2 (6)

KOD:

1.

Ursula, en 23-årig motorintresserad kvinna (kontaktlinsanvändare) sökte dig för fyra dagar

sedan på Vårdcentralen efter att ha fått skräp i högra ögat i samband med att hon blästrade

en bromsskiva på sin Ford Thunderbird -56. Du avlägsnade då en främmande kropp

(troligen metall) från hennes högra cornea centralt. Extraktionen gick lätt och den

främmande kroppen tog du ut med toppen av en bomullspinne. Patienten fick recept på

Chloromycetinsalva men hämtade aldrig ut den från apoteket. Den initiala smärtan från ögat

försvann efter ett dygn berättar hon men hon kommer nu akut tillbaka med ett rött höger

öga, på cornea finns centralt en grå fläck som är ca 3mm i diameter och i främre kammaren

kan du ana en ljusväg.

1a.

Vilka undersökningar gör du på din vårdcentral?

2p

1b.

Vilken är den troliga diagnosen?

1p

OBS! Fyll i Din kod här ®

Gemensam tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, ht -08 3 (6)

KOD:

1c.

Vilken inverkan på patientens synskärpa skulle användningen av ett stenopeiskt hål få?

1p

1d.

Hur handlägger du fallet vidare på din vårdcentral?

1p

1e.

Vilket/vilka resttillstånd kan förekomma efter en dylik sjukdom?

1p

1f.

Ursula undrar redan hos dig på vårdcentralen är hon kan börja använda sina kontaktlinser

igen? Vad svarar du angående kontaktlinsanvändning vid ett dylikt tillstånd?

1p

OBS! Fyll i Din kod här ®

Gemensam tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, ht -08 4 (6)

KOD:

2.

En 22-årig man kommer akut till din mottagning då han fått någon form av lösningsmedel

mot ögat. Han gjorde rent inför en ommålning när plötsligt den burk med rengöringsmedel

han hade på stegen ovanför sig ramlade ner och han fick det mot höger öga. Han har nu

våldsamt ont i ögonen och har svårt att svara på frågor p.g.a. smärtan varför du får det mesta

av anamnesen från den medföljande kamraten.

2a.

Vilka är den/de första åtgärder du vidtar nu när mannen kommit till din vårdcentral?

1p

2b.

När du undersöker ögat ser du till din förvåning att det högra ögat är relativt blekt medan

det vänstra ögat har en blandinjektion. Hur tolkar du fyndet att det högra ögat är blekt?

1p

2c.

Patienten har en dov värk från ögat som inte släpper trots dina försök till smärtlindring.

Vad kan den djupa smärtan bero på?

1p

OBS! Fyll i Din kod här ®

Gemensam tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, ht -08 5 (6)

KOD:

2d.

Som rest efter en dylik skada kan en mängd tillstånd uppkomma. Ge exempel på vad

patienten kan drabbas av efter en dylik skada.

2p

3.

Anna Karlsson 78 år, har diabetes typ II sedan 20 år och du har behandlat henne sedan ett

par år på den vårdcentral där du arbetar. En morgon på din öppna mottagning kommer fru

Karlsson och visar upp sitt högersidiga hängande ögonlock. Ögonlocket är helt stängt men

du kan utan problem öppna det manuellt varvid fru Karlsson säger ”Oj, jag ser dubbelt!” .

Du noterar då att fru Karlssons högra öga står riktat lite utåt.

3a.

Vilken är den troliga diagnosen?

1p

3b.

Vilken undersökning är viktig att göra i detta läge?

1p

3c.

Vilken muskel ansvarar för att lyfta ögonlocket?

1p

OBS! Fyll i Din kod här ®

Gemensam tentamen, Kurs: Neuro, sinnen, psyke, Del: Ögon, Läkarprogrammet t9, ht -08 6 (6)

KOD:

4.

Pelle 19 år, kommer till den vårdcentral där du arbetar p.g.a. att han haft kladdiga, röda

ögon sedan ett par dagar. Han har också varit förkyld i ca en vecka. Du misstänker en

bakteriell konjunktivit men blir lite osäker.

4a.

Vilka undersökningar är lämpliga att genomföra på Pelle på din vårdcentral?

2p

4b.

Dina fynd vid undersökningen styrker din misstanke om att det är en bakteriell konjunktivit

som Pelle har. Vilken behandling ger du nu? Skriv eventuell drog med lämplig dosering.

1p

4c.

Om Pelle vid din undersökning skulle ha en intensiv fotofobi, stickande smärta från ögat

och dessutom varit lite febrig och känt sig hängig – vilken diagnos skulle ha varit mest

sannolik då? Vid undersökningen ser dock cornea blank och speglande ut.

1p

4d.

Vilken/vilka differentialdiagnoser kan tänkas till detta fall?

1p

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Du blir tillfrågad angående ett glasögonproblem hos pappan till en god vän som är 55 år. Han säger sig inte ha några glasögon för avstånd utan det är vid läsning han har problem. Han behöver råd om vilka glasögon han skall köpa när han nu står på apoteket. |  |
| 1a. | *Vad kallas det tillstånd där ögats lins har förlorat sin ackommodationsförmåga så man inte längre ser bra på nära håll?* | 1p |
|  | *Eftersom han inte längre kan se på nära håll är tillståndet vi söker presbyopi* |  |
|  |  |  |
| 1b. | *Vilken styrka tycker du han skall köpa? Motivera kortfattat ditt svar hur du resonerat.* | 1p |
|  | *Han borde antagligen välja styrkan + 2.00 D. Svaren +1.50 till +2.50 kan godkännas.* |  |
|  |  |  |
| **2.** | En 80-årig man kommer akut till jourmottagningen kl. 23.30 p.g.a. svåra smärtor från höger öga. Han mår illa och kräks i väntrummet innan han får komma in till dig. Han berättar att han under kvällen noterat "som en gloria" runt neonskyltarna på huset mitt emot där han bor. Efter detta debuterade en värk från ögat och nu säger han att han inte ser något på det högra ögat. |  |
| 2a. | *Vilken är den troliga diagnosen?* | 1p |
|  | *Akut trångvinkelglaukom* |  |
|  |  |  |
| 2b. | *Vilka undersökningar är nu adekvata att företa på en jourmottagning?* | 1p |
|  | *Pupillundersökning, tryckmätning (bulbpalpation) och ficklampstest – 2 rätt krävs för full poäng* |  |
|  |  |  |
| 2c. | *Vad blir din åtgärd och behandling av denna patient?* | 2p |
|  | *Ge 100 ml glycerol-lösning (finns på alla jourmottagningar) samt 2 tabl Diamox (250 mg) för att sänka trycket. Du kan också börja droppa trycksänkande droppar t.ex. i form av betablockare. Tag kontakt med ögonjouren på din remissinstans och diskutera fortsatt handläggning. Glycerol-lösningen ej speciellt starkt indicerad då ju pat mår illa.* |  |
| **3.** | Pelle, 13 år, söker dig tillsammans med sin pappa p.g.a. intensiv klåda och rodnad i ögonen sedan två veckor. Han säger sig se lika bra som vanligt och detta kan du verifiera vid din undersökning. Pelle är mycket ljuskänslig när du undersöker honom och pappan säger att han varit det senaste tre dagarna. När du biomikroskoperar ser du i höger öga en liten central färgbarhet med fluoresceinfärg. |  |
| 3a. | *Vilken är den troliga diagnosen med denna anamnes och fynd?* | 1p |
|  | *Vernal (kerato-) konjunktivit är vanlig hos pojkar speciellt i prepubertal ålder. De kännetecknas av en intensiv klåda. Vid just de svårare fallen förekommer ibland att man får en corneaskada.* |  |
|  |  |  |
| 3b. | *Vilken blir din troliga åtgärd nu?* | 1p |
|  | *Remiss till ögonmottagningen då en vernal konjunktivit med cornea-engagemang troligen skall behandlas med lokal cortisonterapi och dylik skall skötas av ögonspecialist.* |  |
|  |  |  |
| **4.** | En 45-årig kvinna söker dig p.g.a. av ett rött vänsteröga sedan ett par dagar. Hon behandlade sig själv med en gammal tub Chloromycetin som hon hade i badrumsskåpet men besvären blev inte mindre utan snarare ökad de senaste två dygnen varför hon söker dig. Du misstänker att kvinnan har en irit i sitt vänstra öga. |  |
| 4a. | *Vilka oftalmologiska fynd bör styrka din preliminära diagnos?* | 1p |
|  | *Pericorneal (ciliär) injektion, mios, ljusväg, precipitat, bakre synekier. (minst tre skall vara rätt för full poäng)* |  |
|  |  |  |
| 4b. | *Vilken behandling vill du starta om diagnosen är riktig?* | 1p |
|  | *Mydriaticum ss atropin plus lokala steroider* |  |
|  |  |  |
| **5.** | Lisa, 9 månader har börjat skela med höger öga. Hon kommer med sin mamma till din distriktsmottagning och mamman har naturligtvis frågor om skelning som du förväntas svara på. Vad svarar du på detta: |  |
| 5a. | *Vilka orsaker finns det till skelning?* | 1p |
|  | Genetiska faktorer, mekaniska faktorer, neurologiska faktorer, systemsjukdomar, ögonsjukdomar, abnorma synbanor, refraktionsfel och ackommodtionsrubbningar (minst två rätt för full poäng). |  |
| 5b. | *Mamman säger att Lisa blivit ordinerad en lapp för ena ögat men hon kommer inte ihåg vilket öga som hon skulle sätta lappen på? Vad svarar du?* | 1p |
|  | *Lappen skall sitta på det icke-skelande ögat för att Lisa skall träna det skelande ögat så att det inte drabbas av amblyopi.* |  |
|  |  |  |
| 5c. | *Mamman säger att hon hört talas om att skelningen inte blir bättre av att Lisa använder lappen så hon ifrågasätter hela behandlingen. Vad svarar du henne?* | 1p |
|  | *Lappen förbättrar inte skelningen men minskar risken för amblyopi på det skelande ögat.* |  |
|  |  |  |
| **6.** | Anna Karlsson, 78 år har diabetes typ II sedan 20 år och du har behandlat henne sedan ett par år på den vårdcentral där du arbetar. En morgon på din öppna mottagning kommer fru Karlsson och visar upp sitt högersidiga hängande ögonlock. Ögonlocket är helt stängt men du kan utan problem öppna det manuellt varvid fru Karlsson säger ”Oj det blir dubbelt!” . Du noterar då att fru Karlssons högra öga står riktat lite utåt. |  |
| 6a. | *Vilken är den troliga diagnosen?* | 1p |
|  | *Oculomotoriuspares* |  |
|  |  |  |
| 6b. | *Vilken undersökning är viktig att göra i detta läge?* | 1p |
|  | *Pupillundersökning. Vid en okomplicerad oculomotoriuspares har patienten en normalstor pupill och den reagerar adekvat på ljus. Om patienten har en anisokori (dvs olikstora pupiller) med ipsilateral mydriasis finns en stor risk för att paresen har orsakats av ett aneurysm.* |  |
|  |  |  |
| 6c. | *Vilken/vilka orsak/-er kan finnas till detta tillstånd?* | 1p |
|  | *Hos fru Karlssson måste väl hennes Diabetes med mikroangiopati vara den troligaste orsaken. Andra orsaker kan vara aneurysm trauma, Borreliainfektion ,och tumör i hjärnstamsregionen. Minst två rätt krävs för full poäng.* |  |
|  |  |  |
| 6d. | *Vilken är den oftalmologiska termen för ett hängande ögonlock?* | 1p |
|  | *Ptos.* |  |
|  |  |  |
| **7.** | Pelle, 22 år spelar innebandy och fick en klubbspets med kraft mot höger öga. Han kommer till dig på vårdcentralen en timme efter händelsen och uppger att han ser dåligt på det skadade ögat och att han har värk. |  |
| 7a. | *Vilka undersökningar skulle du vilja göra nu?* | 1p |
|  | *Visus, ögonmotilitet, fluoresceinfärgning, tryckpalpation, palpera orbitakanterna för att upptäcka eventuella hak i kanten samt testa sensibiliteten på kinden ipsilateralt (infraorbitalisanestesi)* |  |
|  |  |  |
| 7b. | *Pelle verkar inte kunna röra det skadade ögat uppåt. Vad blir din åtgärd?* | 1p |
|  | *Risk för att en inklämning av en ögonmuskel skett (troligen m. Rectus inferior) och detta bör föranleda remiss till öron akut för operation.* |  |
|  |  |  |
| 7c. | *Varför har Pelle inte diplopi trots sin till synes inskränkta ögonrörlighet?* | 2p |
|  | *P.g.a. att han har så dåligt visus på det skadade ögat störs han inte av dubbelseende.* |  |
|  |  |  |